

NMT
Postbus 2000
3430 CA UTRECHT

ANT
Leidsevaartweg 99
2106 AS HEEMSTEDÉ

ONT
Postbus 12
3740 AA BAARN

NVM
Postbus 1166
3430 BD NIEUWEGEIN

ZN
Postbus 520
3700 AM ZEIST

Consumentenbond
Postbus 1000
2500 BA 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
VDRK/mpan/EZK

Telefoonnummer
030 296 83 39

E-mailadres
vopdendrink@nza.nl

Kenmerk
11D0018643

Onderwerp
Maximumtarieven orthodontie en tandheelkunde met ingang van 1 juli 2011

Datum
27 mei 2011

Geachte heer, mevrouw,

Op 24 mei 2011 heeft de Raad van Bestuur (RvB) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) besloten tot een verlaging van de orthodontisten-tarieven in twee stappen en tot invoering van gelijke tarieven voor orthodontisten en tandartsen die orthodontische zorg leveren (verder: functionele tarieven) waarbij deze tarieven zijn gebaseerd op de verlaagde orthodontistentarieven.

Met bijgevoegde tariefbeschikkingen met als ingangsdatum 1 juli 2011 (orthodontie TB/CU-7012-02 en tandheelkunde TB/CU-7006-02) worden de nieuwe tarieven bekendgemaakt. In deze brief worden de beleidsregelwijzigingen en de tariefberekening toegelicht.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt een overzicht gegeven van de besluiten die door de NZa genomen zijn inzake de tarieven en de hierbij horende beleidsregels. In hoofdstuk 2 worden de besluiten die aanleiding waren voor het uitvoeren van de gevoeligheidsanalyse toegelicht. Hoofdstuk 3 zet de uitgangspunten voor functionele bekostiging uiteen. Hoofdstuk 4 en 5 beschrijven respectievelijk de resultaten en de conclusie van de gevoeligheidsanalyse. In hoofdstuk 6 wordt toegelicht hoe de besluiten zijn verwerkt in de beleidsregels en de daaruit voortvloeiende

tariefbeschikkingen. Hoofdstuk 7 gaat in op de relatie van deze besluiten met de invoering van vrije prijzen mondzorg. Ten slotte beschrijft hoofdstuk 8 de invoering van de prestatie elektronische chip.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
2 van 24

1. Besluiten NZa 24 mei 2011 inzake orthodontie

Dit hoofdstuk geeft een opsomming van de besluiten die de RvB van de NZa op 24 mei 2011 genomen heeft. De besluiten worden in het vervolg van de brief nader toegelicht.

- De orthodontistentarieven (O-tarieven) worden per 1 juli 2011 structureel verlaagd conform het besluit¹ dat de NZa op 23 juli 2010 heeft genomen, met uitzondering van de incidentele tariefverlaging (compensatie van de tijdelijke tariefverhoging voor orthodontisten per 1 juli 2009) en met een aangepaste fasering van de tariefverlaging. Dit betekent dat de tarieven structureel worden verlaagd met circa 32% ten opzichte van de bestaande tarieven.
- Besloten is om verlaagde orthodontietarieven in twee gelijkmatige stappen van circa 16% in te voeren, waarbij de eerste stap per 1 juli 2011 plaatsvindt en de tweede stap per 1 juli 2012.
- De NZa heeft besloten om per 1 juli 2011 over te gaan tot de invoering van functionele tarieven in de orthodontiemarkt, waarbij de functionele tarieven worden gebaseerd op het structurele niveau van de O-tarieven conform het besluit van 23 juli 2010, met inachtneming van bovenstaande. Dit betekent dat per 1 juli 2011 de tarieven van het hoofdstuk XIII orthodontie (D) in de beleidsregel tandheelkunde worden opgeheven.
- Het praktijkkostenbestanddeel voor de berekening van de tarieven orthodontie wordt per 1 juli 2011 aangepast van € 422.767 naar € 364.457 (definitief niveau 2010) en de rekennorm wordt in twee stappen aangepast van 1.100.000 punten (huidig niveau) naar 1.445.869 punten (niveau per 1 juli 2012). Op 1 juli 2011 bedraagt de rekennorm 1.172.506 punten en per 1 juli 2012 1.445.869 punten. Het inkomensbestanddeel blijft ongewijzigd.
- De tarieven voor complexe orthodontie (B/C-lijst) en de brackettoeslagen worden niet verlaagd.
- De prestaties ten behoeve van MRA-behandelingen zijn uit de orthodontiebeleidsregel verwijderd; orthodontisten en tandartsen kunnen beide voor dergelijke behandelingen de prestaties uit de beleidregel tandheelkunde hanteren. Deze tarieven blijven ongewijzigd.
- De prestaties van een zevental algemene tandheelkundige prestaties die ook voor orthodontische zorg worden gehanteerd, worden in de A-lijst gelijkgeschakeld op het tariefniveau van de algemene tandheelkunde.

¹ Voor de toelichting op het besluit van 23 juli 2010 verwijzen wij u naar onze brief met kenmerk 10D0027060 van 27 juli 2010.

- De prestatiebeschrijving 'elektronische chip' wordt per 1 juli 2011 aan de beleidsregel orthodontie toegevoegd.
- De beleidregels die met het orthodontiebesluit van 23 juli 2010 zijn vastgesteld treden niet in werking. Het betreft de beleidsregels 'Het niveau van het praktijkkostenbestanddeel in de maximumtarieven orthodontie' met nummer CV-5500-2.0.-6, 'De rekennorm in de berekening van de maximumtarieven orthodontie' met nummer CV-5500-3.0.1.-9 en 'De tariefopbouw van de maximumtarieven orthodontie' met nummer CV-5500-4.0.1.-7.
- Ter effectuering van bovengenoemde besluiten heeft de NZa de beleidsregels orthodontie (met nummer CU-7030) en tandheelkunde (met nummer CU-7031) vastgesteld met als ingangsdatum 1 juli 2011.
- Voorafgaand aan de invoering van de tweede stap wil de NZa samen met partijen tot een tariefoplossing komen voor de speciale patiëntencategorieën.
- De NZa heeft besloten de effecten op de toegankelijkheid van orthodontische zorg na invoering van de functionele tarieven te monitoren.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
3 van 24

2. Proces en uitvoering gevoeligheidsanalyse orthodontie

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van het proces dat in aanloop naar dit besluit doorlopen is. Allereerst wordt een schets gegeven van de besluiten die in 2010 zijn genomen door de NZa inzake de orthodontietarieven en de aanleiding zijn voor het uitvoeren van de gevoeligheidsanalyse orthodontie. Daarna wordt ingegaan op de uitgangspunten die de NZa hanteert voor de invoering van functionele bekostiging. Tot slot wordt de uitgevoerde gevoeligheidsanalyse beschreven en het proces dat vervolgens voorafgaand aan de besluitvorming met partijen², doorlopen is.

2.1 Besluit 2010: Aanpassing orthodontistentarieven

In 2007 heeft de NZa besloten om de orthodontietarieven voor orthodontisten (verder: O-tarieven) te verlagen in vier stappen. Tegen dit besluit hebben verschillende belanghebbenden beroep aangetekend bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb). Het CBb heeft het beroep gegrond verklaard en de NZa opgedragen opnieuw te beslissen op de bezwaren met inachtneming van de uitspraak³. Met de nieuwe beslissing op bezwaar⁴ heeft de NZa in 2009 in afwachting van de resultaten van een gegevensonderzoek, de orthodontietarieven tijdelijk verhoogd met 12,6%.

² Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Associatie Nederlandse Tandartsen, Zorgverzekeraars Nederland, Consumentenbond.

³ CBb, 18 december 2008, AWB08/236.

⁴ Brief NZa met kenmerk LCAS/255/bbb/09/1930 van 29 mei 2009

Vervolgens heeft de NZa een gegevensonderzoek orthodontie uitgevoerd onder alle in het BIG-register geregistreerde orthodontisten, ten behoeve van de tariefonderbouwing. Dit heeft in 2010 geleid tot het rapport "Gegevensonderzoek orthodontie" van ConQuaestor/Significant.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
4 van 24

Op basis van dit onderzoek heeft de NZa in mei 2010 het voornemen bekend gemaakt om de orthodontietarieven voor orthodontisten te verlagen naar het tariefniveau dat is berekend aan de hand van het gegevensonderzoek, waarna in juli 2010 een tariefbesluit is genomen voor de orthodontisten. Dit tariefbesluit hield in dat de O-tarieven in twee structurele stappen zouden worden verlaagd. In de eerste stap zou ook de incidentele tariefverlaging ter compensatie van de tijdelijke tariefverhoging voor orthodontisten per 1 juli 2009 worden geëffectueerd. De O-tarieven zouden daarmee per 1 januari 2011 met 34% verlaagd worden en per 1 januari 2012 zouden de tarieven structureel vastgesteld worden op -32% ten opzichte van de tarieven 2010. Dit tariefbesluit is in december 2010 tijdelijk uitgesteld.

2.2 Besluit 2010: Voornemen functionele bekostiging orthodontie

Orthodontisten en tandartsen zijn beiden opgeleid om orthodontische zorg te leveren. De orthodontietarieven voor orthodontisten en voor tandartsen (verder: D-tarieven) zijn verschillend. De D-tarieven zijn over het algemeen hoger dan de O-tarieven, maar de mate waarin de D-tarieven hoger of lager zijn dan de O-tarieven verschilt. De O-tarieven zijn sinds 2005 in meerdere stappen verlaagd. Om het tariefverschil tussen het O-tarief en het D-tarief niet te laten oplopen, zijn de D-tarieven sinds 2005 bevroren en per 1 april 2008 met gemiddeld 6% verlaagd⁵.

In mei 2010 heeft de NZa het voornemen bekend gemaakt om functionele tarieven orthodontie in te voeren op het niveau van de tarieven voor orthodontisten. Hierbij heeft de NZa besloten dat het uitgangspunt voor de functionele tarieven orthodontie het O-tariefniveau is, dat is berekend aan de hand van het in 2010 uitgevoerde gegevensonderzoek onder orthodontisten.

Het voornemen om functionele bekostiging in te voeren ontstond vanwege het risico dat de orthodontisten zich, na de verlaging van de O-tarieven, uitschrijven als orthodontist⁶ (verder: ex-orthodontist) en als tandarts de D-tarieven declareren, die gemiddeld hoger zijn dan de O-tarieven. Hierdoor zou geen betaalbaarheidswinst worden bereikt, terwijl dit het beoogde doel van de tariefverlaging is.

In de Adviescommissie van 9 juni 2010 lag een notitie voor waarin de NZa het voornemen uitte tot invoering van functionele orthodontietarieven. Daarbij heeft de NZa kenbaar gemaakt eerst een gevoeligheidsanalyse uit te willen voeren om de effecten van dit voornemen te onderzoeken.

⁵ Uitgezonderd van de bevroering en verlaging zijn zeven prestaties die ook in andere hoofdstukken van de tandheelkunde voorkomen (zoals mondbeschermer, röntgenfoto). Deze uitzondering is gemaakt om te voorkomen dat binnen de lijst voor tandheelkunde tariefverschillen ontstaan voor dezelfde prestaties.

⁶ Dit betekent dat orthodontisten hun aantekening tot tandartsspecialist in de dentomaxillaire orthopaedie hebben laten doorhalen in het BIG-register.

Deze analyse had als doel te kijken naar de mogelijke effecten van functionele tarieven op de toegankelijkheid van orthodontische zorg en de (inkomens)effecten op tandartspraktijken die orthodontische zorg leveren. Tot de uitvoering van deze analyse heeft de NZa in juli 2010 besloten.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
5 van 24

2.3 Besluit 2010: Uitstel O-tariefverlaging en functionele tarieven

Het voornemen van de NZa was om de invoering van functionele tarieven orthodontie per 1 januari 2011 te effectueren. De uitvoering van de gevoeligheidsanalyse heeft in 2010 vertraging opgelopen omdat de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) een voorlopige voorziening had aangevraagd bij het CBb naar aanleiding van een informatieverzoek dat de NZa op basis van de Wmg bij de NMT had gedaan ten behoeve van de gevoeligheidsanalyse. Daardoor heeft de NZa de gevraagde gegevens niet in 2010 ontvangen. Door het ontbreken van deze gegevens heeft de NZa haar effectanalyse niet in 2010 kunnen afronden. Het besluit tot invoering van functionele tarieven werd daarom uitgesteld totdat de analyse medio 2011 zou zijn afgerond⁷.

Als gevolg hiervan heeft de NZa partijen in een technisch overleg en in de Adviescommissie (8 december 2010) voorgesteld om in afwachting van de afronding van het onderzoek nog geen functionele tarieven in te voeren, maar wel de O-tarieven te verlagen met 17%. Partijen hebben hierover verdeeld geadviseerd. Mede op basis van de gegeven adviezen heeft de NZa in december 2010 besloten het voornemen om functionele bekostiging orthodontie later, namelijk medio 2011, in te voeren nadat de gevoeligheidsanalyse zou zijn afgerond. De O-tarieven en D-tarieven bleven in afwachting hiervan ongewijzigd ten opzichte van het niveau van 2010, met uitzondering van de trendmatige aanpassing. De verlaging van de O-tarieven is met dit besluit tijdelijk uitgesteld.

Op 7 januari 2011 heeft de voorzieningenrechter de gevraagde voorziening van de NMT afgewezen⁸ en is de NMT alsnog overgegaan tot levering van de gevraagde gegevens. Deze gegevens zijn vervolgens meegenomen in de gevoeligheidsanalyse.

2.4 Uitvoering gevoeligheidsanalyse orthodontie

De volgende onderzoeken zijn uitgevoerd ten behoeve van de gevoeligheidsanalyse:

- *Kwalitatief onderzoek*: Onderzoeksbureau RMI heeft interviews gehouden met 21 marktexperts waarbij in is gegaan op de huidige situatie met betrekking tot orthodontie in Nederland, de voorgenomen veranderingen in de tarieven van de NZa, de effecten van de voorgenomen veranderingen en de mogelijke verschillende scenario's die zouden kunnen ontstaan. In dit onderzoek zijn niet alleen resultaten verzameld over de D-tarieven, maar ook over de O-tarieven. Dit heeft geresulteerd in het rapport 'Gevoeligheidsanalyse orthodontiemarkt d.d. 29 oktober 2010'.

⁷ Brief NZa met kenmerk 10D0047079 van 17 december 2010.

⁸ CBb, 7 januari 2011, AWB10/1136 en 10/1209

- Er is een analyse uitgevoerd op de (in totaal 666) brieven die de NZa ontvangen heeft van zorgverleners naar aanleiding van het orthodontiebesluit van juli 2010.
- *Kwantitatief onderzoek*: De NZa heeft kosten en omzetgegevens van tandartspraktijken die orthodontische zorg leveren opgevraagd bij zorgverzekeraars en de NMT. Onderzoeksbureau Significant heeft deze gegevens vervolgens geanalyseerd voor de NZa waarbij naar financiële en toegankelijkheidseffecten is gekeken. Dit heeft geleid tot twee rapporten: 'Scenario analyse orthodontie d.d. 12 januari 2011' (openbare en niet-openbare versie) en 'Analyse orthodontie d.d. 12 april 2011'.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
6 van 24

2.5 Besluitvormingsproces 2011

De onderzoeksresultaten van de uitgevoerde gevoeligheidsanalyse en de conclusies die de NZa daaruit getrokken heeft in relatie tot de invoering van functionele tarieven, zijn door de NZa verwerkt in een notitie voor overleg met marktpartijen. In deze notitie heeft de NZa zowel de beleidsmatige keuzes als de technische aanpassingen in de beleidsregels toegelicht.

De technische aanpassingen van de beleidsregels zijn besproken tijdens het technisch overleg op 21 april 2011. Partijen hebben naar aanleiding van dit overleg ook nog de mogelijkheid gekregen schriftelijk te reageren. In het technisch overleg hebben partijen ook de mogelijkheid gekregen om hun standpunt ten aanzien van het voorgenomen beleid te uiten.

Vervolgens is mede op basis van de reacties van partijen een notitie opgesteld voor de Adviescommissie Cure Eerstelijnszorg en Ketens van 11 mei 2011. Tijdens deze vergadering hebben partijen advies uitgebracht over het voorliggende voornemen van de NZa. Daarnaast zijn partijen in de gelegenheid gesteld om schriftelijk te reageren. De reacties zijn door de NZa meegewogen bij het nemen van het uiteindelijke besluit.

3. Uitgangspunten functionele bekostiging orthodontie

Uitgangspunt van functionele bekostiging voor de NZa is dat voor dezelfde prestaties in beginsel dezelfde tarieven gelden. Dit principe is opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit is in het belang van de betaalbaarheid voor de consument en is transparant voor de consument. Consumenten met een zorgvraag krijgen te maken met één tarief ongeacht wie de zorg levert. Het is moeilijk te verklaren aan consumenten waarom de ene aanbieder een hoger tarief heeft dan een andere aanbieder terwijl ze dezelfde zorg leveren.

Uitgangspunt is dat de meest specifiek opgeleide aanbieder voor het betreffende vakgebied⁹ als maat genomen wordt voor de vaststelling van de functionele tarieven. Voor de orthodontiemarkt is dit de orthodontist.

⁹ Voor de duidelijkheid merkt de NZa op dat de meest specifiek opgeleide aanbieder niet per definitie ook de hoogst opgeleide aanbieder is. Het gaat naast de specifieke opleiding ook om het aantal handelingen en ervaring in handelen in praktijk.

Met het uitgangspunt van de meest specifiek opgeleide zorgaanbieder kiest de NZa impliciet ook voor het borgen van de kwaliteit die orthodontisten op grond van hun opleiding kunnen leveren.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
7 van 24

Eerder is door de NZa dezelfde beleidslijn toegepast in de dossiers farmacie en verloskunde: de meest specifiek opgeleide aanbieder in dat vakgebied is als maat genomen voor de vaststelling van de tarieven farmacie en verloskunde. Met het nieuwe modulaire tariefsysteem per 1 juli 2008 geldt dat de tarieven voor de apotheekhoudende huisartsen en de apothekers gelijkgeschakeld zijn op het tariefniveau van de apotheker. De farmacietarieven zijn gebaseerd op onderzoeksgegevens van apothekers. Naast verloskundigen kunnen ook huisartsen verloskundige zorg verrichten. Deze tarieven zijn per 1 januari 2010 gelijkgeschakeld op het tariefniveau van de verloskundige, waarbij alleen gegevens van de verloskundigen zijn gebruikt om de tarieven te onderbouwen.

De NZa merkt daarbij op dat in de onderbouwing van het functionele tarief orthodontie, als logisch uitvloeisel van bovenstaand uitgangspunt, wordt gerekend met het norminkomen van de orthodontist. Dit ligt circa € 35.000 hoger dan het norminkomen van de tandarts algemeen practicus, waarmee de D-tarieven nu nog zijn onderbouwd.

Op basis van marktkennis kan overigens ook gesteld worden dat orthodontisten efficiënter (kunnen) werken dan (klassieke) tandartsen. Van uitgeschreven orthodontisten, die nu orthodontische zorg leveren als tandarts, kan dezelfde efficiëntie worden verwacht als orthodontisten. Het ligt ook in de rede dat een orthodontist, die alleen (investerings-)kosten maakt voor orthodontie en niet voor andere zorggebieden, en die zijn volledige tijd aan orthodontie kan besteden, efficiënter werkt dan tandartsen die een deel van hun tijd patiënten orthodontisch behandelen. Daar komt bij dat de efficiëntie in orthodontiepraktijken voor een belangrijk deel veroorzaakt wordt door de inzet van orthodontie-assistentie (taakherschikking), wat bij tandheelkundige praktijken voor de orthodontische zorg (nog) geen gemeengoed is.

Een tarief gebaseerd op een efficiënte bedrijfsvoering kan aanbieders prikkelen om door extra inspanning of grotere efficiëntie betere bedrijfsresultaten te bereiken. Het tarief baseren op een minder efficiënte aanbieder (zoals tandartsen die beperkt orthodontie verrichten) leidt tot tarieven die voor een groot deel van de markt hoger zijn dan noodzakelijk om hun praktijk rendabel uit te kunnen voeren. De consument betaalt dan te veel.

De impliciete keuze bij het uitgangspunt van de meest specifiek opgeleide zorgaanbieder voor de kwaliteit die hiermee geborgd wordt, gecombineerd met het uitgangspunt van efficiëntie, leidt er voor de orthodontiemarkt toe dat de tarieven zijn gebaseerd op een hoge mate van efficiëntie en kwaliteit, waardoor verbetering van de prijs/kwaliteitverhouding wordt gestimuleerd.

4. Resultaten gevoeligheidsanalyse orthodontie

Kenmerk
11D0018643

Pagina
8 van 24

4.1 Marktverdeling orthodontie

Om na te gaan door wie orthodontische zorg geleverd wordt en hoe de zorg verdeeld is tussen orthodontisten en tandartsen (en tussen tandartsen onderling) is de marktverdeling door de NZa onderzocht. De marktverdeling is ook bruikbaar om te onderzoeken op hoeveel orthodontische zorgaanbieders een tariefverlaging een inkomenseffect heeft en wat daarmee het effect is op de marktverdeling. Uitgangspunt hierbij is dat hoe lager het percentage orthodontische zorg dat een zorgaanbieder levert is, hoe kleiner het effect op zijn omzet of inkomen is.

Analyse heeft uitgewezen dat de NMT-omzetgegevens sterk overeenkomen met de omzetgegevens uit de verzekeraarsbestanden voor wat betreft het aandeel orthodontie in de omzet per praktijk (Significant, "Analyse orthodontie", p. 9).

Aangezien de verzekeraarsgegevens een groter aantal praktijken vertegenwoordigen, heeft de NZa op basis van deze data een analyse van de marktverdeling van orthodontische zorg gemaakt.

Hierbij zijn de omzetgegevens van orthodontisten (verder: O-omzet) uit het gegevensonderzoek orthodontie (ConQuaestor/Significant 2010) gecombineerd met de omzetgegevens van tandartsen¹⁰ (verder: D-omzet¹¹) uit het verzekeraarsbestand om zo te komen tot de totale omzetgegevens voor orthodontie (O- en D-omzet) van alle aanbieders van orthodontische zorg. De omzet van praktijken voor andere tandheelkundige zorg maakt geen deel uit van deze analyse.

Onderstaande tabel (1) vergelijkt de orthodontische omzet van orthodontisten en tandartsen (inclusief ex-orthodontisten) enerzijds en het aantal praktijken dat die omzet maakt en hun procentuele aandeel anderzijds.

¹⁰ In de gegevens over de totale omzet zit een onderschatting omdat in de D-omzet een onderschatting zit. Reden is dat de verzekeraars de eigen betalingen niet registreren en sommige verzekeraars alleen de door hun vergoede bedragen registreren.

¹¹ D-omzet: het aandeel orthodontie-omzet van een tandartspraktijk in verhouding tot de totale praktijkomzet van de praktijk (van tandheelkundige en orthodontische verrichtingen gezamenlijk).

Tabel 1: Marktverdeling orthodontie op basis van omzet en aantal praktijkenKenmerk
11D0018643Pagina
%
praktijk

	Omzet (mln €)	% omzet	Cumulatief	Praktijken	% praktijk	Cumulatief
Tandartsen						
<5% D-omzet	€ 4,6	2,1%	2,1%	5346	79,0%	79,0%
5-10% D-omzet	€ 11,7	5,3%	7,4%	480	7,1%	86,1 %
10-50% D-omzet	€ 29,5	13,3%	20,7%	557	8,2%	94,3%
50-80% D-omzet	€ 2,5	1,2%	21,9%	46	0,7%	95%
80-90% D-omzet	€ 8,6	3,9%	25,8%	25	0,4%	95,4%
>90% D-omzet	€ 85,7	38,7%	64,4%	199	3,0%	98,5 %
Totaal tandartsen	€ 142,7	64,4%	64,4%	6.653	98,%	98,5%
Orthodontisten	€ 78,8	35,6%	100%	104	1,5%	100%
Totaal	€ 221,5	100%	100%	6.757	100%	100%

Bron: Marktverdeling orthodontie (o.b.v. verzekeraarsdata omzet tandheelkundige praktijken en gegevensonderzoek orthodontie ConQuaestor 2010).

Op basis van de marktverdeling blijkt onder andere het volgende:

- 86% van de tandartspraktijken verricht geen tot weinig orthodontie (minder dan 10% D-omzet).
- 74% van de zorg wordt geleverd door orthodontisten en tandartspraktijken die meer dan 90% D-omzet behalen. Een deel van deze tandartspraktijken is van ex-orthodontisten (zie paragraaf 4.1.1).
- 600 praktijken verrichten tussen de 10 en 80% orthodontie. Het marktaandeel van deze praktijken is gering, zowel in aantal (9%), als in omzet (14%).
- Verder blijkt (dit is niet specifiek in de tabel opgenomen) dat van de 557 praktijken met een orthodontieaandeel tussen de 10% en 50%, het merendeel (425 praktijken) nader te specificeren is in een categorie met een orthodontieaandeel tussen 10% en 20% omzet. De overige 132 praktijken hebben een D-omzet tussen de 20% en 50%.

4.1.1 Aanvullende analyse praktijken > 80% D-omzet

De NZa heeft een aanvullende analyse naar de marktverdeling uitgevoerd onder praktijken met meer dan 80% D-omzet. Deze aanvullende analyse is uitgevoerd op basis van het verzekeraarsbestand in combinatie met de NMT-data. De analyse is er op gericht om te onderzoeken welke tandarts een ex-orthodontist is, zodat een marktverdeling gemaakt kan worden van orthodontisten, ex-orthodontisten en tandartsen. Hierbij gaat de NZa er van uit dat ex-orthodontisten in hun praktijk meer dan 80% D-omzet behalen.

Het gaat om 224 praktijken (zie ook tabel 1) met meer dan 80% D-omzet, waarvan de AGB-codes (de code waarmee de tandarts bij de verzekeraar declareert) zijn gekoppeld aan de naam- en adresgegevens van tandartsen. Uit de analyse van de resultaten per tandarts bleek dat bepaalde tandartsen samen één praktijk voeren en dat sommige tandartsen op één praktijkadres meerdere declaratiecodes hanteren. Na analyse blijkt het om in totaal 180 verschillende praktijken te gaan¹². Daarna is van deze 180 praktijken bepaald of dit een 'klassieke' tandartspraktijk is of een praktijk van een 'ex-orthodontist'. Daarnaast is ook bepaald of de praktijk onder de vlag van een ketenonderneming van orthodontiepraktijken werkt, waarvan bij de NZa bekend is uit de financiële jaarstukken dat de praktijkvoering vergelijkbaar is met orthodontistenpraktijken.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
10 van 24

Dit leidt tot de volgende verdeling van de 180 praktijken met meer dan 80% D-omzet:

- 102 praktijken van ex-orthodontisten;
- 24 praktijken van dezelfde keten;
- en 54 praktijken van (klassieke) tandartsen.

Van deze 180 praktijken hebben 24 praktijken een D-omzet tussen 80-90%, de andere praktijken hebben een D-omzet van meer dan 90%. Tabel 2 splitst voor de praktijken met meer dan 80% D-omzet de zorgaanbieders in tandartsen, orthodontisten en ex-orthodontisten.

Tabel 2: Aanvullende analyse orthodontieaandeel groter dan 80%

	Orthodontie-omzet (mln)	Orthodontie-aandeel
80-90% D-omzet <u>alleen</u> tandartsen	€ 5,9	3,4 %
>90% D-omzet <u>alleen</u> tandartsen	€ 28,4	16,4 %
80-90% D-omzet ex-orthodontisten	€ 2,7	1,6 %
>90% D-omzet ex-orthodontisten	€ 57,4	33,1 %
Orthodontisten	€ 78,8	45,5 %
Totaal	€ 173,2	100%

Bron: Marktverdeling orthodontie (o.b.v. verzekeraarsdata omzet tandheelkundige praktijken, gegevensonderzoek orthodontie ConQuaestor 2010, aanvullende analyse verzekeraarsdata).

¹² Er zaten ook nog enkele dubbelingen in de data en het bleek dat er meerdere declaraties waren van dezelfde praktijklocaties. Die laatste zijn bij elkaar opgeteld. Daarnaast zijn twee praktijken van instellingen voor jeugdtandverzorging buiten beschouwing gelaten. Deze instellingen mogen extra toeslagen in rekening brengen voor geleverde zorg en zijn daarom niet vergelijkbaar met de andere tandheelkundige praktijken.

4.2 Analyse inkomenseffecten: conclusie marktverdeling orthodontie

Kenmerk
11D0018643

In aansluiting op paragraaf 4.1 merkt de NZa het volgende op.

Pagina
11 van 24

Allereerst kan geconcludeerd worden dat circa 36% van de zorg wordt geleverd door tandartsen en 64% door orthodontisten en ex-orthodontisten. Verder is het zinvol om de markt te verdelen naar praktijken die minder dan 10%, tussen 10 en 80% en meer dan 80% orthodontie verrichten.

- *Praktijken < 10% D-omzet*

86% van de tandartspraktijken verricht geen tot weinig orthodontie (kleiner dan 10%). Een invoering van een verlaagd tarief zal geen tot zeer geringe inkomenseffecten hebben voor deze praktijken.

- *Praktijken > 80% D-omzet*

Het merendeel van de zorg (78%) wordt geleverd door orthodontisten en ruim tweehonderd tandartspraktijken. Deze tandartspraktijken verrichten allen meer dan 80% orthodontie. Van de tandartspraktijken is het merendeel (70%) te herkennen als een ex-orthodontist of een praktijk die onder een ketenonderneming werkt. De bedrijfsvoering van al deze praktijken zal in principe vergelijkbaar zijn met die van orthodontisten. Dit betekent dat het berekende tarief voor orthodontisten ook toepasbaar is voor de praktijken met meer dan 80% D-omzet.

- *Praktijken 10-80% D-omzet*

Het marktaandeel van praktijken die tussen de 10 en 80% orthodontie verrichten is gering, zowel in aantal als in omzet. Het inkomenseffect per praktijk zal verschillen. Voor praktijken met een D-omzet kleiner dan 50% hoeft een D-tariefverlaging niet te betekenen dat deze praktijken in financiële moeilijkheden geraken bij ongewijzigde bedrijfsvoering. Zeker als in ogenschouw wordt genomen dat de meeste van deze praktijken tussen de 10% en 20% D-omzet behalen. Dit kan echter wel betekenen dat deze praktijken om bedrijfseconomische redenen besluiten om bij een tariefverlaging te stoppen met het leveren van orthodontische zorg. Een tandheelkundige praktijk kan zich immers ook op andere tandheelkundige markten richten. De praktijken die tussen de 50% en 80% D-omzet genereren, kunnen wellicht in financiële moeilijkheden raken bij ongewijzigde bedrijfsvoering na invoering van verlaagde functionele tarieven. Voor zover zij niet dezelfde efficiëntie kunnen behalen als praktijken die meer dan 80% orthodontie leveren, zullen zij wellicht verdwijnen. Het gaat hier echter om niet meer dan 46 praktijken (0,7%), met een omzetaandeel van 1,15%.

4.2.1 Analyse inkomenseffecten Significant

Ter aanvulling op bovenstaande overwegingen heeft Significant een analyse uitgevoerd naar de door de NZa ontvangen data van de NMT over praktijkkosten, praktijkomzet en structuurkenmerken. Hiermee is onderzocht wat de effecten zijn van een tariefverlaging op het praktijkresultaat van tandartsen met D-omzet (Significant, rapport "Analyse orthodontie", april 2011).

Het is daarbij van belang op te merken dat om twee redenen het praktijkresultaat niet hetzelfde is als het inkomen van de eigenaar. Ten eerste is niet bekend hoeveel eigenaren een praktijk heeft. Grote praktijken moeten mogelijk voorzien in meerdere eigenaarsinkomens en vice versa.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
12 van 24

Ten tweede zijn in de praktijkkosten mogelijk kostenposten opgenomen die ofwel al tot het inkomen van de eigenaar gerekend moeten worden, ofwel die door de NZa niet tot de praktijkkosten gerekend worden. Voorbeelden van praktijkkosten die inkomen voor de eigenaar vormen zijn management fees en salarisbetalingen. Praktijken met een BV-structuur zijn bijvoorbeeld fiscaal verplicht om de directeur-groootaandeelhouder voor minimaal € 40.000 op de loonlijst te zetten. Voorbeelden van posten die de NZa uit de praktijkkosten elimineert voor een tariefonderbouwing zijn de goodwill-elementen: afschrijvingen op goodwill en financieringslasten van goodwill.

De analyse van Significant laat zien dat zowel de omzet als de praktijkkosten voor praktijken die enige vorm van D-omzet behalen gemiddeld circa € 100.000 hoger zijn dan voor praktijken die geen orthodontie verrichten. Het bedrijfsresultaat voor deze praktijken is beperkt lager (circa € 10.000) dan het gemiddelde bedrijfsresultaat van alle praktijken.

Tandheeskundige praktijken in de steekproef die orthodontie verrichten behalen dus minder goede bedrijfsresultaten dan de andere tandheeskundige praktijken in de steekproef. Dit betekent overigens niet dat er een causaal verband verondersteld mag worden tussen de orthodontische activiteiten en het lagere praktijkresultaat.

Het effect op het praktijkresultaat (en daarmee het inkomen) is door Significant geanalyseerd aan de hand van vier scenario's van tariefverlagingen (36,5, 28, 20 en 12%). Bij de keuze voor deze scenario's is aangesloten op de Scenario-analyse die Significant eerder heeft uitgevoerd (scenario's van 36,5 en 20%, zie paragraaf 4.3). Daarbij zijn twee gelijkmatige stappen van 8% als scenario's toegevoegd. Bij de berekening wordt er van uitgegaan dat de daling van het praktijkresultaat gelijk is aan de daling van de omzet. Het is aannemelijk dat in werkelijkheid aanbieders op zoek zullen gaan naar besparingen in de bedrijfsvoering om negatieve inkomenseffecten te voorkomen. Dit is ook wat tandartsen en orthodontisten zelf rapporteren¹³.

Deze scenario's laten logischerwijze zien dat het effect van een D-tariefverlaging op het praktijkresultaat lager is naarmate de tariefverlaging lager is of het aandeel D-omzet kleiner is.

De uitkomsten van deze scenario's zijn weergegeven in tabel 3.

¹³ IOO, "Gevolgen daling O- en D-tarieven: enquête onder tandartsen en orthodontisten in opdracht van de NMT", november 2010, p. 23. In deze enquête gaf 59% van 112 tandartsen met D-omzet en 81% van 187 orthodontisten aan dat zij al maatregelen genomen of gepland hadden om de gevolgen van een voorgenomen tariefdaling voor de bedrijfsvoering het hoofd te bieden.

Tabel 3: Effect op jaarbasis op het praktijkresultaat bij scenario's van tariefverlagingen.Kenmerk
11D0018643Pagina
13 van 24

	Tarief verlaging scenario - 36,5%	Tarief verlaging scenario - 28%	Tarief verlaging scenario - 20%	Tarief verlaging scenario - 12%
Aandeel D-omzet 5 – 15%	- 13%	- 10%	- 7%	- 4%
Aandeel D-omzet 15 – 50%	- 18%	- 13%	- 10%	- 6%
Aandeel D-omzet > 50%	- 73%	- 56%	- 40%	- 24%

Bron: Analyse orthodontie Significant (2011) (n=24)

Het algemene beeld op basis van deze analyse met scenario's van tariefverlagingen is dat het bedrijfsresultaat van de praktijken die minder dan 50% orthodontie leveren met 5-15% daalt. Voor de praktijken met meer dan 50% D-omzet zijn de effecten groter, namelijk tussen de 24% en 73%. Deze laatste cijfers zijn echter gebaseerd op slechts twee praktijken. Om deze reden heeft de NZa Significant nog een aanvullende analyse laten uitvoeren (Significant, "Analyse orthodontie", p. 21 e.v.).

Uit die aanvullende analyse valt op te maken dat van de praktijken met D-omzet (n=116) er nu al 32 een praktijkresultaat onder het norminkomen behalen. Dit relatief grote aantal wordt waarschijnlijk deels verklaard door het vóórkomen van inkomensposten en goodwill-elementen in de praktijkkosten; zie de opmerkingen eerder in deze paragraaf. In de scenario's van tariefverlaging worden dit maximaal 5 praktijken meer. Dat is een beperkt effect.

Aangezien niet bekend is hoeveel eigenaren de praktijken in de steekproef hebben, is bovenstaande analyse herhaald met een herschaling van zowel de praktijkomzet als de praktijkkosten naar de NZa-normpraktijk voor tandartsen. De NZa-normpraktijk is namelijk ontworpen om te voorzien in het (norm)inkomen van een voltijds meewerkend eigenaar. Vervolgens is nogmaals een vergelijkende analyse verricht naar het aantal praktijken dat het norminkomen haalt vóór en na invoering van de tariefverlaging. Dit is voor meerdere varianten van een tariefverlaging uitgevoerd.

Na herschaling van de praktijkomzet blijken 65 praktijken in de bestaande situatie met een praktijkresultaat onder de norminkomensgrens te zitten. Na tariefverlaging worden dit maximaal 2 praktijken meer. Dit geldt voor alle, in tabel 3 weergegeven, scenario's. Herschaling van de praktijkkosten leidt tot precies hetzelfde beeld. Dit laat zien dat de tariefverlaging een zeer beperkt effect heeft op het bedrijfsresultaat.

4.3 Toegankelijkheidseffecten

Kenmerk
11D0018643

Pagina
14 van 24

Onderzoeksbureau Significant heeft een scenario-analyse naar de effecten van de invoering van varianten van een (D)-tariefverlaging op de toegankelijkheid van de orthodontiemarkt uitgevoerd op basis van de omzetgegevens die aangeleverd zijn door zorgverzekeraars. Uit deze analyse blijkt dat het niet aannemelijk is dat de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg in gevaar komt na invoering van een maximale D-tariefverlaging van 36,5%.

Op basis van deze analyse lijkt het verder evenmin aannemelijk dat de toegankelijkheid van reguliere orthodontische zorg in gevaar komt bij een maximale tariefverlaging van 36,5%. Hierbij merkt de NZa op dat in deze analyse geen rekening is gehouden met de toegankelijkheid voor speciale patiëntencategorieën.

Wanneer wordt verondersteld dat bij 10% of meer omzetverlies een praktijk wordt stopgezet, dan is de verdeling van deze praktijken volgens Significant goed verspreid over Nederland. Over het gehele land blijft een substantieel aantal praktijken over, het aantal praktijken per postcodegebied neemt slechts beperkt af. Uitgaande van het stoppen met het leveren van zorg bij een omzetverlies van 10% of meer stopt naar verwachting bij een maximale tariefdaling 33% van deze praktijken. Bij een tariefverlaging van 20% leidt dit naar verwachting tot het stoppen van 16% van de praktijken met meer dan 90% D-omzet. De NZa merkt op dat het niet aannemelijk lijkt dat praktijken al bij een omzetverlies van 10% sluiten, dit is een conservatieve aanname. Zeker gezien het feit dat tandheelkundige praktijken zich ook kunnen richten op het leveren van andere soorten zorg.

Er kunnen wel verschuivingen in de markt plaatsvinden. Op basis van twee scenario's heeft Significant, uitgaande van de omzetgegevens, geanalyseerd wat de gevolgen voor toegankelijkheid zijn als praktijken stoppen met het leveren van orthodontische zorg. Hiermee stoppen wil overigens niet zeggen dat de praktijk failliet gaat door de tariefverlaging; voor tandartsen kan het een bedrijfseconomische overweging zijn te stoppen met het leveren van orthodontische zorg en meer reguliere tandheelkundige zorg te gaan leveren.

De twee uitgevoerde scenario's zijn:

- 1) de helft van de praktijken met 5-90% D-omzet stopt en
- 2) de helft van praktijken met meer dan 90% D-omzet stopt. Bij dit scenario zijn twee varianten uitgewerkt: één variant met een tariefdaling van 36,5% en één variant met een tariefdaling van 20%).

Conclusies van Significant zijn:

- In ieder postcodegebied bevinden zich minimaal negen praktijken die orthodontie leveren. Circa 90% van de verzekerden bevindt zich op minder dan 20km van de praktijk en 50% op minder dan 5km reisafstand. De toename in reisafstand bij scenario 1 is 20%. De gemiddelde afstand neemt toe van 9,2 naar 11 km. Wel woont nog steeds 85% van de verzekerden binnen 20 km van een praktijk.

- Bij scenario 2 (met maximale tariefdaling van 36,5%) stijgt de reisafstand van 9,2 naar 10,7 km en woont 70% van de verzekerden binnen 10 km van een praktijk en 86% binnen 20 km.
- Bij scenario 2 (met tariefdaling van 20%) neemt de gemiddelde reisafstand tot een praktijk toe van 9,2 km tot 10,2 km bij het stoppen van de praktijken. Ruim 88% van de verzekerden woont binnen 20 kilometer van een praktijk waar orthodontische zorg geleverd wordt.
- In alle scenario's blijft per regio een substantieel aantal praktijken over waar cliënten terecht kunnen voor orthodontische zorg. Deze praktijken kunnen in principe het leveren van zorg van de stoppende praktijken overnemen.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
15 van 24

4.4 RMI

Onderzoeksbureau RMI heeft interviews gehouden met marktexperts. In deze interviews is uitgegaan van een tariefverlaging van 34% en de invoering van functionele bekostiging voor orthodontische zorg. RMI merkt ten algemene op dat zij op basis van het gebrek aan eenduidigheid in de antwoorden geen uitspraak kan doen over de omvang van de door respondenten genoemde risico's. Uit de interviews zijn de volgende aandachtspunten naar voren gekomen.

- Aangegeven wordt dat vooral de groep tandartsen die 50% orthodontische zorg levert het lastig kan krijgen omdat overstappen op het aanbieden van andere tandheelkundige zorg niet eenvoudig is voor deze groep.
- Ondervraagden hebben verdeelde meningen over de tandartsen die minder dan 10% orthodontische zorg leveren. Partijen die dicht bij de praktijkvoering staan denken dat deze zullen stoppen met orthodontische zorg leveren omdat ze gemakkelijk kunnen overstappen op andere zorg. Partijen die verder van de praktijkvoering staan denken dat ze niet snel zullen stoppen omdat het ook een gedeelte dienstverlening / patiëntenbinding betreft.
- De algemene verwachting is dat oudere orthodontisten eerder zullen stoppen met hun praktijk.
- De verwachting van sommige ondervraagden is dat praktijken niet (snel genoeg) hun vaste kosten kunnen verlagen / efficiëntie kunnen verhogen. Praktijken zijn volgens deze ondervraagden al optimaal efficiënt of schaalvergroting is (bijvoorbeeld vanwege de regionale vraag/aanbodverhouding) niet mogelijk.
- Partijen geven aan dat ze van mening zijn dat de NZa door de voorgestelde tariefdaling "efficiency straf" is.
- Financiële instellingen en enkele andere ondervraagden geven aan dat als gevolg van de aangekondigde (forse) tariefverlaging banken terughoudend zijn met het verlenen van financiering. Hierdoor worden aanpassingen in de bedrijfsvoering bemoeilijkt. De terughoudendheid van banken vormt ook een probleem bij de start/overname van praktijken.
- Partijen zien gevaar voor risicoselectie, hierbij wordt met name gewezen op selectie van speciale patiëntencategorieën (niet zijnde B- en C-lijst orthodontiepatiënten) en sociale klassen.
- Ondervraagden geven meerdere malen aan dat ze voor een gefaseerde invoering van de tariefmaatregel zijn: dit leidt tot minder emoties en wellicht minder weerstand.

4.5 Brievenanalyse

Kenmerk
11D0018643

Pagina
16 van 24

De NZa heeft als reactie op de aankondiging dat de O-tarieven zouden worden verlaagd en het voornemen tot functionele bekostiging in 2010 veel brieven gekregen van verontruste zorgaanbieders. Deze brieven zijn allemaal geanalyseerd. Op hoofdlijnen is het beeld van deze brieven als volgt:

- Een groot deel van de tandartsen die momenteel orthodontische zorg aanbiedt geeft aan hiermee waarschijnlijk te zullen stoppen omdat ze verwachten dat het niet langer rendabel is (o.a. ten opzichte van andere tandheelkundige behandelingen). Ze geven aan in de toekomst waarschijnlijk meer patiënten door te zullen verwijzen naar orthodontiepraktijken.
- In de brieven worden verwachte problemen geuit ten aanzien van kwaliteit (wachlijsten, service, werkdruk, investeringen) en toegankelijkheid (regionale locatieproblemen, afstand doorverwijzen, relaties met bank, ontmoedigen starters).

5. Conclusie gevoeligheidsanalyse

Op basis van de marktverdeling en uitgevoerde analyses door Significant en RMI concludeert de NZa het volgende:

- De analyse toont aan dat veel tandartspraktijken relatief weinig orthodontische zorg verlenen, waardoor een verlaging van het tarief een beperkt inkomenseffect heeft. Een verlaging van het tarief zal voor deze praktijken waarschijnlijk geen aanleiding zijn om te stoppen met het verlenen van orthodontische zorg aangezien deze zorg nu ook niet, of beperkt, kostendekkend uitgevoerd kan worden.
- Het grootste gedeelte van de orthodontische zorg wordt geleverd door praktijken die meer dan 80% D-omzet behalen. Deze praktijken bestaan voor 70% uit reguliere orthodontisten, ex-orthodontisten of ketenondernemingen. Bij deze categorie praktijken is het inkomenseffect het grootst. De NZa gaat er van uit dat deze praktijken qua bedrijfsvoering vergelijkbaar zijn met de in 2010 door ConQuaestor onderzochte orthodontistenpopulatie. Dit betekent dat de NZa het onderbouwde O-tarief ook toereikend acht voor de praktijken die meer dan 80% D-omzet behalen.
- De praktijken die tussen de 40 en 60% orthodontie verrichten werden op voorhand door de NZa gezien als de categorie waarvoor de effecten van tariefverlaging het grootst zijn. Doordat dergelijke praktijken een substantieel deel van hun praktijkvoering besteden aan orthodontie, maar tegelijkertijd niet zo efficiënt zijn als orthodontiepraktijken, is het aannemelijk dat deze praktijken (deels) stoppen met het leveren van orthodontie. Uit de analyse van de praktijken die tussen de 10 en 80% D-omzet leveren, blijkt echter dat deze categorie van praktijken in de huidige markt nauwelijks voorkomt.
- Daardoor is de toegankelijkheid van zorg geborgd en is er geen reden om het functionele, verlaagde tarief niet in te voeren. Hoewel

RMI de gevolgen voor deze categorie uitvoerig beschrijft, lijken deze gevolgen in de praktijk niet te zullen ontstaan.

Kenmerk
11D0018643

- De NZa concludeert dat Nederland een fijnmazig netwerk van aanbieders heeft die orthodontische zorg verlenen. Een tariefdaling leidt er mogelijk toe dat een aantal aanbieders stopt met het aanbieden van orthodontische zorg (en zich richt op andere tandheelkundige zorg). Er bestaan veel aanbieders die de orthodontische zorg kunnen overnemen en daarmee schaalvoordelen kunnen realiseren die behoren bij een rendabele orthodontiepraktijk. De reisafstand voor patiënten neemt daardoor beperkt toe. Opgemerkt wordt dat het bij orthodontische zorg om niet-acute zorg gaat. Op basis van de effectanalyse verwacht de NZa dat de toegankelijkheid van orthodontische zorg geborgd blijft bij de invoering van de tariefverlaging.

Pagina
17 van 24

5.1 Conclusie resultaten gevoeligheidsanalyse in relatie tot voornemen functionele tarieven

De NZa heeft een aantal varianten overwogen in aanloop naar de besluitvorming. Zo is overwogen om alleen functionele tarieven in te voeren op het huidige niveau van de O-tarieven. Deze optie is niet wenselijk geacht omdat het gegevensonderzoek orthodontie heeft laten zien dat de huidige tariefstelling achterhaald is ten opzichte van de bestaande praktijkvoering en dat een tariefverlaging noodzakelijk is om de betaalbaarheid van orthodontische zorg te vergroten. De NZa heeft de wettelijke taak tot het aanpassen van gereguleerde tarieven als uit onderzoek blijkt dat dit noodzakelijk is. Door te besluiten de maximumtarieven niet te verlagen, betalen de consumenten en verzekeraars (nog langer) te veel voor orthodontische zorg.

Een andere variant die overwogen is door de NZa is het invoeren van functionele tarieven waarbij de tarieven in 1 stap verlaagd worden naar het in 2010 berekende O-niveau. Hierbij heeft de NZa geconcludeerd dat het verlagen van het tarief in één keer per 1 juli 2011 voor aanbieders bij gelijkblijvende praktijkvoering en productie leidt tot een forse daling in de omzet. Dat leidt tot risico's voor het zorgaanbod doordat praktijken maar kort de tijd hebben om hun praktijkvoering op een dergelijk forse tariefverlaging aan te passen en dat het kan leiden tot risicoselectie. Hogere kosten voor patiënten met complexe aandoeningen kunnen nu gecompenseerd worden door patiënten waarvoor het bestaande tarief hoger is dan de kosten in praktijk zijn. De genoemde risico's vindt de NZa niet aanvaardbaar.

Invoering van verlaagde, functionele tarieven kan in principe ook met meer dan twee stappen worden ingevoerd. Deze variant biedt partijen meer ruimte om de bedrijfsvoering aan te passen. De NZa heeft echter besloten dat deze effecten niet opwegen tegen het nadeel dat de consument ondervindt ten aanzien van de betaalbaarheid van orthodontische zorg. Daarnaast is de invoering van de tariefverlaging al een jaar geleden aangekondigd, wat aanbieders in praktijk al de kans heeft gegeven hun bedrijfsvoering aan te passen op de toekomstige ontwikkelingen. Derhalve acht de NZa een extra fasering hiervoor niet nodig. Een termijn van een jaar tussen de twee stappen en een fasering in gelijkmatige stappen is gebruikelijk bij een gefaseerde invoering van

het verlagen van tarieven. Een kortere termijn dan een jaar tussen de stappen vindt de NZa te beperkt voor de aanbieders om noodzakelijke aanpassingen door te voeren.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
18 van 24

De NZa vindt het niet nodig om de eerste stap van de fasering later dan 1 juli 2011 in te voeren. Het voornemen tot invoering van functionele en verlaagde tarieven orthodontie is al een jaar bekend. Zorgaanbieders hebben zich kunnen voorbereiden op de aanpassing van het tarief. Daarbij is besloten om de aanpassing van het tarief in fases in te voeren, waardoor het effect voor praktijken beperkter is.

De resultaten van de gevoeligheidsanalyse en de verschillende varianten overwegende heeft de NZa besloten om functionele bekostiging en de verlaging van de tarieven in te voeren. Wel heeft de NZa besloten om de aanpassing in twee gelijkmatige stappen te effectueren, namelijk per 1 juli 2011 en per 1 juli 2012. Dit komt neer op twee stappen van circa 16%. Hierbij is gekeken naar de consumentenbelangen toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Naast de tijd die met fasering aan de aanbieders wordt gegeven voor aanpassing van de bedrijfsvoering, is er nog een andere reden voor de fasering in twee stappen met een tussenliggende periode van één jaar: dit maakt het mogelijk dat een tariefoplossing wordt gecreëerd voor de speciale patiëntcategorieën. Bij de vaststelling van het besluit in 2010 om de O-tarieven te verlagen, heeft de NZa aangekondigd te onderzoeken of een aangepast tarief voor speciale patiëntcategorieën (bijvoorbeeld patiënten met autisme, syndroom van Down) mogelijk is. Dit zijn patiënten die meer tijd en aandacht vragen. Door een grote tariefverlaging bestaat het gevaar van risicoselectie van deze speciale patiëntcategorieën. Uit technisch overleg met partijen is gebleken dat dit oplossen op korte termijn niet lukt, o.a. vanwege de afbakening van deze patiëntgroepen in praktijk. Een oplossing voor dit probleem vindt de NZa wel wenselijk. Hiervoor is tijd nodig.

Een gefaseerde invoering heeft bovendien het voordeel dat de NZa de berekening van de tarieven in de tweede tranche zou kunnen toetsen aan de dan (waarschijnlijk definitieve) beleidsregel kostprijnsprincipes. Hierover voert de NZa nu overleg met partijen. Dit kan mogelijk uitmonden in ander beleid voor het onderbouwen van tarieven. Het is nu echter nog niet duidelijk of er ander beleid komt en hoe dat beleid dan vorm gegeven wordt; derhalve wil de NZa hier in het tarief per 1 juli 2011 nog niet op vooruitlopen en wordt de eerdere besluitvorming over het O-tarief van juli 2010 gehandhaafd. Het besluit is gebaseerd op staand beleid.

5.1.1 Monitoring toegankelijkheid

De NZa heeft besloten de effecten op de toegankelijkheid van orthodontische zorg na invoering van functionele tarieven te monitoren. De Adviescommissie heeft dit de NZa geadviseerd in de bijeenkomst op 11 mei 2011. Alle partijen hebben benadrukt dat de toegankelijkheid geborgd moet blijven na invoering van verlaagde, functionele tarieven. Alle partijen geven ook aan dat het vooraf lastig is om met zekerheid te zeggen wat het effect op de toegankelijkheid zal zijn.

Het onderzoek dat Significant in opdracht van de NZa naar de toegankelijkheid heeft uitgevoerd is gebaseerd op aannames en niet op werkelijke gegevens over de toegankelijkheid na invoering van een tariefverlaging; het is immers een analyse op basis van hypothetische scenario's. Pas na invoering van de tariefverlaging kunnen de werkelijke gevolgen voor de toegankelijkheid zichtbaar worden.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
19 van 24

Over de toegankelijkheidseffecten werd in de Adviescommissie nog opgemerkt dat van de orthodontistenpraktijken mag worden verwacht dat de toegankelijkheid geborgd blijft na invoering van de 1^e stap van de tariefverlaging. Deze verlaging leidt tot een iets hoger tarief dan het tarief dat vanaf april 2008 gold, totdat de tarieven per 1 juli 2009 zijn verhoogd in afwachting van het gegevensonderzoek. Dat heeft destijds ook niet tot ongewenste effecten voor de toegankelijkheid geleid. Hoe de toegankelijkheid van tandartspraktijken zich zal ontwikkelen is niet zeker. Zoals eerder aangegeven verwacht de NZa geen grote effecten.

Het advies van de Adviescommissie heeft de NZa doen besluiten om door monitoring de effecten van de tariefverlaging per 1 juli 2011 op de toegankelijkheid in kaart te brengen. De uitkomsten van de monitoring, die in principe in het najaar van 2011 zal plaatsvinden, kunnen aanleiding zijn om te zijner tijd een gewijzigd tariefbesluit te nemen.

6. Tariefberekening en conceptbeleidsregels

In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe het functionele tarief dat voortvloeit uit het besluit van de NZa berekend wordt en hoe dit in de beleidsregels is uitgewerkt. Daarnaast heeft de NZa besloten om enkele prestaties uit te zonderen van de tariefverlaging; dit wordt hierna toegelicht.

6.1 Tariefberekening functionele tarief orthodontie

Zoals eerder in hoofdstukken 2 en 3 is toegelicht is het uitgangspunt voor het functionele tarief orthodontie het in 2010 berekende O-tarief. De NZa heeft destijds besloten dat de puntwaarde voor de O-tarieven aangepast moet worden naar € 0,34906 (niveau 2010). Hierbij werd het praktijkkostenbestanddeel aangepast van € 422.767 naar € 364.457 (definitief niveau 2010), bestaande uit personeelskosten € 136.298 en overige kosten € 228.159. De rekennorm werd verhoogd van 1.100.000 punten naar 1.445.869 punten.

Dezelfde berekening laat zien dat de puntwaarde op voorcalculatorisch niveau 2011 € 0,35342 moet zijn per 1 juli 2011. Ten opzichte van de geldende puntwaarde van € 0,51658 is dit een structurele verlaging van -/-31,58% ten opzichte van de huidige O-tarieven.

Zoals in hoofdstuk 5 toegelicht heeft de NZa besloten om de tariefverlaging in twee gelijkmatige stappen in te voeren. Dit betekent dat 50% van de verlaging van -/- 31,58% per 1 juli 2011 wordt ingevoerd (-/- 15,79%) en het andere deel per 1 juli 2012. Concreet leidt dit tot de volgende tariefberekening: Het praktijkkostenbestanddeel voor de berekening van de tarieven orthodontie is per 1 juli 2011 aangepast van € 422.767 naar € 364.457 (definitief niveau 2010) en de rekennorm wordt in twee stappen aangepast van 1.100.000 punten (huidig niveau) naar 1.445.869 punten

(niveau per 1 juli 2012). Op 1 juli 2011 bedraagt de rekennorm 1.172.506 punten en per 1 juli 2012 1.445.869 punten. Het inkomensbestanddeel blijft ongewijzigd. De structurele puntwaarde wordt op basis hiervan per 1 juli 2011 € 0,43582 en inclusief nacalculatie 2011 € 0,43418.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
20 van 24

6.2 Uitzonderingen op de tariefverlaging

De NZa heeft besloten om de tarieven van een aantal prestaties buiten de tariefverlaging te houden:

- **Complexe orthodontie (B+C lijst)**
Bij het besluit over de O-tarieven van juli 2010 heeft de NZa al besloten dat de tarieven van de B- en C-lijst niet worden aangepast. Dit past bij het beleid dat de NZa per 1 april 2008 heeft ingezet. De efficiëntie die in reguliere orthodontiepraktijken heeft plaatsgevonden en die een belangrijke reden is voor de tariefverlaging, is voor de complexe orthodontie (bijvoorbeeld schisiszorg) niet in die mate haalbaar.
- **Algemene tandheelkundige prestaties**
Er zijn een aantal prestaties die zowel in de tandheelkundige lijst, in het D-hoofdstuk van de tandheelkundige lijst als in de orthodontielijst voorkomen: op basis van de codes in de bestaande orthodontielijst gaat het om de prestaties 221110 (intra-orale röntgenfoto), 221111 (occlusale opbeet röntgenfoto), 221101 (eerste consult), 221102 (vervolgconsult), 221104 (second opinion), 221185 (mondbeschermer) en 221183 (extractie). De tarieven van deze prestaties in de D-lijst zijn steeds uitgezonderd geweest van ontwikkelingen in de D-tarieven. De NZa heeft besloten om de tarieven van deze prestaties in de O-lijst te baseren op het tarief zoals dat geldt voor de reguliere tandheelkunde.
- Hierdoor worden deze prestaties uitgesloten van de tariefverlaging en wordt bereikt dat tarieven binnen een tandheelkundige praktijk voor dezelfde zorg niet verschillen (bijvoorbeeld een röntgenfoto voor een vulling is gelijk aan een röntgenfoto voor een beugelbehandeling). Dat vindt de NZa wenselijk en passend bij functionele bekostiging.
- **MRA-behandelingen en brackets**
De reden om de prestaties voor MRA-behandelingen en de brackettoeslagen¹⁴ buiten de tariefverlaging te houden is dat deze prestaties pas per 1 januari 2010 zijn toegevoegd op basis van op dat moment onderbouwde tarieven. Bovendien maakten deze prestaties geen deel uit van de productiegegevens die zijn onderzocht bij het gegevensonderzoek 2010. Voor de MRA-behandeling geldt aanvullend dat deze prestaties voor tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen op basis van een functioneel tarief zijn uitgevoerd.

¹⁴ Het betreft de prestaties 'toeslag voor keramische of metalen zelfligerende brackets' (code 221187) en de 'toeslag voor zelfligerende-keramische brackets (code 221193).

6.3 *Netto-effect tariefverlaging*

Kenmerk
11D0018643

Pagina
21 van 24

De beschreven uitsluitingen van de tariefkorting hebben een mitigerend effect op de totale tariefverlaging en leiden daarom tot een voordeel voor de orthodontisten. Daarnaast leidt de gefaseerde invoering van de tariefverlaging tot een kleiner netto-effect op de praktijkvoering dan bij invoering van de totale tariefkorting in één keer.

De NZa heeft geanalyseerd wat het effect is van het gelijkschakelen van de D-tarieven met de O-tarieven, aangezien deze tarieven in verschillende mate afwijken. Hiervoor heeft de NZa op basis van een inschatting hoe vaak bepaalde behandelingen in praktijk voorkomen, gecombineerd met de tarieven die niet verlaagd worden, het netto-effect van de tariefverlaging zichtbaar gemaakt. Op basis van deze analyse lijkt een tariefverlaging van 15,79% bij orthodontistenpraktijken te leiden tot een nettoverlaging van circa 14,5% en bij tandartspraktijken van circa 19%. Het effect is per prestatie verschillend, maar op basis van deze effectenanalyse ziet de NZa geen reden om een andere tariefverlaging (puntwaarde) in te voeren. Opgemerkt wordt dat het netto-effect per praktijk verschillend zal zijn, afhankelijk van de werkelijke productie per prestatie.

Een verlaging van tarieven heeft altijd een effect op de totale kosten voor patiënten: voor de patiënt leidt dit tot het voordeel dat hij minder kosten voor de totale behandeling heeft, voor de zorgaanbieder leidt dit er toe dat hij minder omzet maakt dan hij vooraf had verwacht. Dit is echter een consequentie van het herijken van de orthodontietarieven, wat noodzakelijk is om de betaalbaarheid te vergroten. Een tariefcompensatie voor aanbieders vanwege de lagere verdiensten voor lopende patiënten acht de NZa dan ook niet wenselijk.

6.4 *Technische aanpassingen in conceptbeleidsregels*

Om de besluiten te effectueren zijn de volgende technische aanpassingen doorgevoerd in de beleidsregels orthodontie (nummer CU-7030) en tandheelkunde (CU-7031).

Aanpassing praktijkkosten en rekennorm

In de orthodontiebeleidsregel is het praktijkkostenbestanddeel en de rekennorm aangepast voor de A-lijst. Daarnaast is de puntwaarde voor de B- en C-lijst toegevoegd.

Format beleidsregels

De NZa heeft het format van de beleidsregels orthodontie en tandheelkunde aangepast naar het NZa-brede format voor beleidsregels.

Samenvoeging O- en D-lijst tot één functionele lijst

De O- en D-lijst zijn samengevoegd tot één functionele orthodontielijst door het hoofdstuk D te schrappen uit de tandheelkundelijst. Tandartsen en orthodontisten zullen per 1 juli 2011 niet meer uit de D-lijst en O-lijst declareren, maar uit deze functionele lijst. De reikwijdte in de beleidsregels is hierop aangepast. Op dit moment is de tandheelkundelijst alleen van toepassing op tandartsen, mondhygiënist en tandprotheticen en de orthodontielijst alleen op orthodontisten.

Door de reikwijdte functioneel te maken kan iedere aanbieder die orthodontie levert de orthodontielijst hanteren (dus ook tandartsen) en kan iedere aanbieder die andere tandheelkundige zorg levert de tandheelkundelijst gebruiken (dus ook de orthodontist).

Kenmerk
11D0018643

Pagina
22 van 24

Omdat de huidige orthodontielijst het uitgangspunt is waarop de prestaties en tarieven zijn gebaseerd heeft de NZa besloten om de bestaande codering van de O-lijst te handhaven in de nieuwe beleidsregel.

Aanpassing algemene bepalingen in de orthodontielijst

De NZa heeft in de O-lijst in de algemene bepalingen toegevoegd, zoals nu bij het hoofdstuk D staat vermeld, dat in het kader van orthodontische behandelingen alleen prestaties uit de O-lijst in rekening mogen worden gebracht.

Algemene tandheelkundige prestaties

De in paragraaf 6.2 eerder genoemde algemene tandheelkundige prestaties, waarvan besloten is om de tarieven aan te passen naar het niveau dat geldt in de reguliere tandheelkundelijst, blijven onderdeel uitmaken van de orthodontielijst. De puntenaantallen van deze prestaties zijn aangepast zodat het tarief gelijk is aan dat van dezelfde prestaties in de tandheelkundelijst. Door de prestaties op te nemen in de orthodontielijst blijft zichtbaar of een dergelijke prestatie (bijvoorbeeld röntgenfoto) voor orthodontie of een andere tandheelkundige behandeling wordt uitgevoerd, waardoor geen onduidelijkheid kan ontstaan over de aanspraak op verzekerde zorg.

Codering B-lijst

De codes van de B-lijst (in de orthodontiebeleidsregel) zijn aangepast om te voorkomen dat hetzelfde type prestatie bestaat (in de A- en B-lijst) met verschillende tarieven. Dit is een gevolg van het besluit om de tarieven van de B-lijst niet te verlagen.

Brackets

Voor de in paragraaf 6.2 genoemde brackets is het puntenaantal aangepast (verhoogd) zodat de verlaagde puntwaarde voor die prestaties is gecompenseerd waardoor het huidige O-tarief gehandhaafd blijft.

MRA prestaties

De MRA-prestaties zijn niet langer apart opgenomen in de orthodontielijst, maar alleen nog in de tandheelkundelijst (hoofdstuk G) omdat de orthodontist deze lijst ook kan hanteren. Aangezien de MRA niet specifiek voor orthodontie bedoeld is, maar een algemeen hulpmiddel, zal er in praktijk geen onduidelijkheid ontstaan over de mogelijke aanspraak, wat voor de algemene tandheelkundige prestaties wel het geval is.

7. Relatie met vrije prijzen mondzorg

De minister van VWS beslist in juni 2011 of vrije prijzen voor de mondzorgsector worden ingevoerd per 1 januari 2012. Zolang de markt niet overgaat op een bekostigingsstelsel van vrije prijzen, heeft de NZa de taak om de tarieven te reguleren.

Bij doorgaande regulering in 2012 heeft de NZa besloten dat voorafgaand aan de invoering van de tweede stap van de tariefverlaging een tariefoplossing gereed moet zijn voor de speciale patiëntencategorieën. Actie daartoe onderneemt de NZa als de minister in 2011 heeft besloten over vrije prijzen. Bij doorgaande regulering kan, zoals aangegeven in paragraaf 5.1, de tweede tranche van tariefverlaging ook door de NZa getoetst worden aan de (dan waarschijnlijk definitieve) beleidsregel kostprijsprincipes. En zal de tweede stap van de tariefverlaging ook worden gezien in relatie tot de uitkomsten van de monitor over de effecten van functionele tarieven op de toegankelijkheid van orthodontische zorg.

Kenmerk
11D0018643

Pagina
23 van 24

Indien vrije prijsvorming doorgang vindt per 1 januari 2012 gaat de NZa ervan uit dat de zorgverzekeraars en consumenten in staat zijn de tweede stap uit te onderhandelen. Bovendien maken vrije prijzen differentiatie gemakkelijker mogelijk wat ten goede kan komen aan de zorgaanbieders die werken met 'speciale patiëntencategorieën'.

De NZa merkt op dat als per 1 januari 2012 wordt overgegaan naar vrije prijzen in de mondzorg de NZa gedurende het experiment vrije prijzen mondzorg de mondzorgmarkt ten algemene gaat onderzoeken op ontwikkelingen op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

8. Elektronische chip

In de beleidsregel voor orthodontie is de prestatie 'elektronische chip' toegevoegd. Hiertoe hebben partijen een gezamenlijk verzoek gestuurd. Dit verzoek staat los van het onderwerp functionele bekostiging orthodontie, maar wordt wel gelijktijdig geëffectueerd in de beleidsregel en tariefbeschikking orthodontie per 1 juli 2011.

De elektronische chip is een innovatieve behandeling die op basis van feitelijke gegevens informatie geeft over de therapietrouw en het effect daarvan op de behandeling. Dit kan de kwaliteit van zorg verbeteren.

Ten slotte

Aanpassing beschrijving V50 in de tariefbeschikking

Op verzoek van de PTBC is de toelichting van prestatiebeschrijving V50 'droogleggen van elementen door middel van cofferdam' verduidelijkt: de toelichting 'ongeacht het aantal elementen' is uitgebreid met de zinsnede 'per aangebrachte cofferdam (lapje)'.

Informereren partijen

Wij gaan ervan uit dat partijen hun achterban informeren over de inhoud van dit schrijven. De bijgevoegde tariefbeschikkingen alsmede de gewijzigde beleidsregels treft u tevens aan op de internetsite van de NZa (www.nza.nl). Tevens zijn de in deze brief genoemde rapporten van RMI en Significant op de website geplaatst, net als de uitwerking van het netto-effect van de tariefverlaging. Aangezien u deze stukken eerder heeft ontvangen, voegen wij deze nu niet bij.

Van de scenarioanalyse is op de NZa-website alleen de openbare versie toegevoegd aangezien de niet-openbare versie gegevens bevat die naar individuele praktijken te herleiden zijn. Aan u is eerder in het proces wel de niet-openbare versie verstrekt.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

Kenmerk
11D0018643

Pagina
24 van 24

drs. M.S. Mulder
directeur Zorgmarkten Cure

Bijlagen:

- beleidsregels orthodontie (CU-7030) en tandheelkunde (CU-7031)
- tariefbeschikking orthodontie (TB/CU-7012-02)
- tariefbeschikking tandheelkunde (TB/CU-7006-02)